AUTOCERTIFICAZIONE/AUTOMONITORAGGIO
PRIMA ANAMNESI COVID-19

COGNOME TESSERATO _____

NOME TESSERATO _____ Anno di nascita _____

RESPONSABILE GENITORIALE (per minorenni) _____

La presente autocertificazione verrà mantenuta agli atti della società ASD BASKET PIEVE '94 nel rispetto della privacy.

1. Ha avuto negli ultimi 10 giorni una diagnosi di COVID-19 confermata con tampone ? SI NO

2. Ha riscontrato negli ultimi 10 giorni uno dei seguenti sintomi ?

Febbre	SI	NO
Tosse	SI	NO
Faringodinia (mal di gola)	SI	NO
Rinite (congestione nasale)	SI	NO
Congiuntivite	SI	NO
Diarrea	SI	NO
Anosmia (perdita del senso dell'olfatto)	SI	NO
Disgeusia (perdita del senso del gusto)	SI	NO

3. Ha avuto negli ultimi 14 giorni "**contatto stretto**" con un caso confermato di COVID-19 ? SI NO

*("**contatto stretto**" significa: stessa abitazione; stringere la mano; contatto diretto con secrezioni; contatto faccia a faccia oppure compresenza in ambiente chiuso per più di 15 minuti ad una distanza inferiore a due metri; assistenza sanitaria senza DPI; viaggio aereo a distanza minore o uguale a due posti).*

Informativa sul trattamento dei dati personali

Ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento europeo 679/2016, la presente informativa è resa da CESCA RINO (presidente ASD BASKET PIEVE '94) titolare del trattamento, con riguardo al trattamento dei dati personali nell'ambito dell'emergenza sanitaria COVID-19, c.d. Coronavirus, nelle attività di minibasket della Federazione. La preghiamo di leggere attentamente la presente informativa sul trattamento dei dati personali, prima di conferirci dati personali che la riguardano o, ove richiesto, acconsentire al loro trattamento.

1. Categorie di dati

La Società ASD BASKET PIEVE '94 affiliata alla FIP raccoglie i dati personali nei limiti delle finalità e delle modalità definite nella presente informativa. I Dati oggetto di trattamento sono:

- dati anagrafici e di contatto;
- dati relativi alla salute nell'ambito della situazione emergenziale COVID-19, con particolare riferimento a quelli attinenti alla misurazione della temperatura corporea; le informazioni in merito a contatti stretti ad alto rischio di esposizione, negli ultimi 14 giorni, con soggetti sospetti o risultati positivi al COVID-19; le informazioni in merito alla provenienza, negli ultimi 14 giorni, da zone a rischio secondo le indicazioni dell'OMS; le informazioni relative all'isolamento o alla quarantena.

Il conferimento di tali dati è necessario di poter partecipare allo svolgimento delle attività predisposte.

2. Finalità e base giuridica del trattamento

I dati relativi alla salute saranno trattati esclusivamente per finalità di prevenzione dal contagio da COVID -19: con riferimento ai dati relativi all'anamnesi settimanale, con particolare riferimento alla sintomatologia, tali dati saranno trattati previo consenso del soggetto interessato.

I dati relativi alla salute nell'ambito della situazione emergenziale COVID-19 saranno trattati esclusivamente per finalità di prevenzione dal contagio da COVID-19, in esecuzione del Protocollo di sicurezza anti-contagio adottato ai sensi dell'art. 1, n. 7, lett. d) del DPCM 11 marzo 2020. La base giuridica del trattamento è, pertanto, da rinvenirsi nell'implementazione dei protocolli di sicurezza anti-contagio ai sensi dell'art. art. 1, n. 7, lett. d) del DPCM 11 marzo 2020.

3. Conservazione dei dati personali

I dati raccolti e relativi alla salute saranno trattati per il tempo strettamente necessario a perseguire la citata finalità di prevenzione dal contagio da COVID-19 e conservati non oltre il termine dello stato d'emergenza, attualmente fissato al 31 gennaio 2021 nel DPCM del 7 ottobre 2020.

4. Comunicazione di destinatari

I dati personali non saranno oggetto di diffusione, né di comunicazione a terzi, se non in ragione delle specifiche previsioni normative (es. in caso di richiesta da parte dell'Autorità sanitaria per la ricostruzione della filiera degli eventuali contatti stretti di un soggetto risultato positivo al COVID-19).

5. Diritti dell'interessato

La informiamo che, in conformità alla vigente disciplina, ha i seguenti diritti: chiedere e ottenere informazioni circa l'esistenza di propri dati nella disponibilità del Titolare e accesso a tali dati; per i dati oggetto di trattamento con sistemi automatizzati, chiedere la comunicazione dei propri dati e/o il trasferimento ad altro titolare; chiedere e ottenere la modifica e/o correzione dei suoi dati personali se ritiene che siano inaccurati o incompleti; chiedere e ottenere la cancellazione – e/o la limitazione del trattamento – dei suoi dati personali qualora si tratti di dati o informazioni non necessari – o non più necessari – per le finalità che precedono, quindi decorso il periodo di conservazione indicato al paragrafo che segue.

In particolare, le sono riconosciuti i seguenti diritti del Regolamento UE 2016/679 nei limiti e alle condizioni previste dall'art. 12 del Regolamento stesso: artt. 15 Diritto di accesso dell'interessato; 16 Diritto di rettifica; 17 Diritto alla cancellazione; 18 Diritto di limitazione al trattamento; 19 Limitazione del trattamento; 20 Diritto alla portabilità dei dati. Per esercitare i suoi diritti, contattare il titolare del trattamento.

QUALSIASI VARIAZIONE A QUANTO DICHIARATO DEVE ESSERE IMMEDIATAMENTE COMUNICATA ALLA SOCIETA' DI APPARTENENZA (ASD BASKET PIEVE '94) E DEVE ESSERE CONTATTATO IL MEDICO SOCIALE O IL MEDICO CURANTE PER GLI ULTERIORI ACCERTAMENTI.

Io sottoscritto/a ATLETA MAGGIORENNE o RESPONSABILE GENITORIALE come sopra identificato/a, attesto sotto la mia responsabilità che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero, consapevole delle conseguenze civili e penali di una falsa dichiarazione, anche in relazione al rischio di contagio all'interno della struttura sportiva ed alla pratica di attività sportive agonistiche.

Autorizzo ASD BASKET PIEVE '94 al trattamento dei miei dati particolari relativi allo stato di salute contenuti in questo modulo ed alla sua conservazione ai sensi del Reg. Europeo 2016/679 e della normativa nazionale vigente.

Data _____ Firma atleta tesserato (maggiorenne) _____

In caso di minori, firma di chi esercita la responsabilità genitoriale

Data _____ Firma RESPONSABILE GENITORIALE _____